

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

THÈSE

N°

559

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Hector GOJON

Né le 1^{er} Décembre 1908, à Victoria (Mexique)

LE MAL DEL PINTO

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Hector GOJON

Né le 1^{er} Décembre 1908, à Victoria (Mexique)



LE MAL DEL PINTO



Président : M. TANON, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFENEAU
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	N.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.

MM.	
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TROISIÉ	Pathol. expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.
Justin BESANÇON....	Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
AGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologiq.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
ALAJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT , agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Conseiller technique du Ministre de la Santé Publique

Inspecteur général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, qu'il veuille
bien trouver ici nos remerciements respec-
tueux et reconnaissants.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DEFINITION

Le Mal del Pinto ou Maladie des taches, est une dermatose dyschromique, à évolution lente et insidieuse, n'altérant jamais l'état général.

DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE

Au Mexique, le Mal del Pinto existe à l'état endémique dans bon nombre de ses Etats, notamment dans ceux du Centre et du Sud. Nous retiendrons surtout les Etats de Nayarit, Jalisco, Colima, Morelos, Puebla, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Campeche, Yucatan, Territorio de Quintana-Roo. Les plus affectés sont Guerrero, Michoacan et Mexico. Au cours du dernier recensement fait dans ces régions, on a compté plus de 200.000 cas.

Cette curieuse maladie présente une grande ressemblance clinique avec d'autres dermatoses qu'on observe, à l'état endémique, dans le Centre et le Sud-Amérique, et connues là-bas sous des noms divers : Cativi, au Guatemala et Honduras; Cute, au Venezuela; Keara, au Pérou; Lota, aux Antilles et Guyanes; Caraté, en Colombie; Puru-puru, au Brésil.

En France, les dermatologistes et syphiligraphes qui

l'ont étudiée connaissent cette affection sous le nom de Carate, comme en Colombie.

Ainsi qu'on le voit, et si l'on veut admettre l'unité de l'affection, l'espace sur lequel elle sévit à l'état endémique, dans l'Amérique inter-tropicale, est vraiment considérable. Au Mexique, on désigne le Mal del Pinto sous des noms différents suivant les localités : jiricua, obero, tiña.

HISTORIQUE

Le Mal del Pinto existait au Mexique, bien avant la conquête de ce pays par les Espagnols. On le trouve signalé par Cortès dans ses lettres à l'empereur Charles-Quint. Les anciens Mexicains donnaient à ce mal le nom de Tzalzayunalixtle. Le savant Alexandre de Humboldt, dans ses voyages à travers le Mexique, avait constaté la fréquence des maladies de la peau chez les populations habitant au voisinage des rivières. Enfin, M. Chassin, médecin installé à Mexico et membre de la Commission scientifique, a, le premier en France, donné une description détaillée de cette intéressante maladie.

CARACTERES ET EVOLUTION GENERALE

Le Mal del Pinto est une dermatose essentiellement chronique, évoluant d'une façon lente et insidieuse sans retentir sur l'état général, et sans jamais être cause de mort pour celui qui en est atteint.

Il se caractérise par des taches qui siègent sur la peau. Ces taches sont de couleur très variable.

Cependant, on rencontre d'une façon plus constante celles de couleur bleue, rouge, noire, grise et blanche.

Ces taches de couleurs différentes peuvent coexister sur le même sujet, ou ne se rencontrer qu'à l'état isolé. La même tache peut être le siège de couleurs diverses et se transformer en d'autres au cours de son évolution.

Leur *forme* est très capricieuse. Rondes ou ovalaires, à contours polycycliques, en cartes de géographie.

Leur *dimension* varie avec l'époque de leur évolution. Punctiformes au début, s'étendent en tache d'huile par la suite, se réunissent à d'autres apparues ailleurs ou dans leur voisinage pour se confondre les unes aux autres et constituer ainsi de larges placards irréguliers et festonnés.

La transition de la peau malade à la peau saine se fait le plus souvent brusquement, sans bourrelet, élévation, ni dépression.

La peau, au niveau de la tache, ne perd pas sa sensibilité normale. Les sensations douloureuses, tactiles, à la chaleur et au froid, ne sont pas modifiées.

La tache ne s'efface pas par la pression, sauf en certains cas, au cours de la forme rouge. Les fonctions sudorales et sébacées sont diminuées, la peau devient plus sèche et plus mate au niveau de la tache. Les poils follets sont atteints dans leur vitalité. Ils perdent leur couleur, deviennent blancs et finissent par tomber. La tache est souvent le siège d'une desquamation fine, furfuracée. Les cheveux et la barbe ne sont touchés que très rarement.

Distribution générale et points d'élection. — Les macules prédominent au niveau des régions découver-

tes. En effet, même dans les cas de grande extension on note une fréquence majeure de la dyschromie au niveau des mains, avant-bras, la face et les pieds. Au niveau de ces régions, on note une prédominance marquée pour les saillies osseuses et par ordre de fréquence : le coude, les régions malléolaires, le genou, les saillies des mains et des trochantères. Dans la ville de Zumpango, on dit couramment : « Doy peso por el Zumpanguillo que no tenga pinto en el tobillo ». Je donne un peso, à celui qui à Zumpango n'aura pas de pinto à la cheville. Les plis de flexion et régions analogues sont le plus souvent respectés; pli inguino-crural et organes génitaux, puis, le creux axillaire, l'espace inter-scapulaire, le creux poplité, et le pli du coude. Ce sont des régions pinto-résistantes (Latapai). Le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds sont très rarement touchés.

Fréquence relative des différents types de taches

La couleur qu'on rencontre le plus souvent est la blanche. Après viennent les taches bleues, noires, et, en dernier lieu, les rouges. Le type dominant est le type mixte avec prédominance des taches hypochromiques et achromiques.

Le Mal del Pinto peut parfois se voir au niveau des muqueuses. Des taches colorées peuvent apparaître sur la face interne des lèvres et des joues, sur les gencives et la voûte palatine.

La marche de la maladie est très longue, s'arrêtant

parfois dans son premier stade durant des années. D'autres fois, après être restées stationnaires, les taches s'aggrandissent, se fusionnent les unes aux autres, et arrivent ainsi à transformer le malade de noir qu'il était en blanc. Parfois, lorsqu'il n'y a que quelques taches sur le corps, leur évolution s'arrête et même régresse, jusqu'à disparaître complètement, soit spontanément, soit le plus souvent par l'effet du traitement. Dans d'autres cas, le malade garde son affection pendant tout le courant de son existence.

Sexe. — Le Mal del Pinto atteint aussi bien l'homme que la femme : peut-être l'homme serait-il affecté dans une plus grande proportion.

Age. — Le Pinto s'observe à n'importe quel âge. C'est en général entre dix et vingt ans que l'on voit les cas les plus nombreux.

Epoque de début. — Le Pinto débute généralement pendant l'adolescence.

Race. — La maladie présente une grande affinité pour l'homme de couleur, mais se voit aussi bien chez les Blancs. Elle n'est pas héréditaire.

DIVISIONS

Le Mal del Pinto peut être divisé en deux grandes variétés : la première, colorée ou hyperchromique ; la deuxième, leucodermique ou achromique. Cette dernière peut avoir deux origines : soit qu'elle provienne de la transformation secondaire de la variété hyperchromique, et qui, pour beaucoup, n'est que la façon de guérir de celle-ci ; soit que dès son apparition, elle ait été blanche ou achromique : c'est la forme blanche et diffuse du Mal del Pinto.

Nous commencerons par l'étude de la variété hyperchromique.

VARIETE HYPERCHROMIQUE

Mode de début. — La tache ou les taches de cette variété peuvent apparaître d'emblée ; le plus souvent, elles sont précédées par une première phase erythémato-squameuse, prurigineuse ou non. Il s'agit, en général, d'une dermite plus ou moins saillante et sujette à des périodes d'irritation, pendant lesquelles, le prurit, s'il existe, s'exagère. Cette lésion de début, une fois établie, ressemble à une trichophytie cutanée, et rien ne pourrait faire affirmer le futur pinto. Sa cou-

leur est rosée, avec des squames fines, furfuracées. Son aspect est celui d'une simple raclure épidermique avec desquamation mince et blanche.

Lieux d'élection. — Il possède une prédilection marquée pour la figure, après viennent par ordre : la face dorsale de l'avant-bras, la face antérieure de la cuisse, et en troisième lieu la peau du tronc.

La *forme* et les *dimensions* de cette lésion première sont très variables, de quatre à huit centimètres de diamètre.

Il n'y a pas de symptômes généraux d'invasion; laquelle se fait d'une façon lente et insidieuse. Les symptômes subjectifs se réduisent à un peu de prurit, dans le cas où il existe, au niveau de la future lésion.

La durée de la période d'incubation est inconnue.

Les éléments éruptifs de cette première période peuvent rester stationnaires pendant des mois et même des années. Dans quelques cas, la guérison peut survenir définitivement sous l'action des caustiques, ou bien spontanément.

Ces lésions primitives, de caractères très variables, subissent des périodes d'irritation au cours desquelles elles deviennent plus nettes et plus prurigineuses; la desquamation à son tour se fait abondamment.

Ces périodes d'activité alternent avec des périodes de calme, pendant lesquelles on croirait le malade guéri. La durée de ce premier stade est assez longue; généralement de quelques mois, et, d'autres fois, des années.

Période d'état. — Les phénomènes érythémato-squameux régressent graduellement pendant que l'élément chromatique fait son apparition, soit en certains points de la lésion, soit dans toute son étendue. A ce moment, la macule est le siège de modifications diverses suivant la couleur qu'elle prendra. Nous continuerons l'étude du Pinto hyperchromique en commençant par la forme bleue.

1°. — FORME BLEUE

Au moment de la régression des symptômes de la première période, la lésion commence à évoluer, s'obscurcissant en quelques points qui vont s'agrandir progressivement jusqu'à comprendre une grande partie ou la totalité de la peau primitivement affectée.

La couleur de la tache est pratiquement indéfinie et souvent impossible à déterminer avec exactitude. Selon sa coloration plus ou moins intense, on dit : « Pinto bleu », « Pinto violet », nuance qui peut aller jusqu'au noir. Mais le plus souvent ce sont des efforts de l'imagination pour appliquer un terme exact à la couleur d'une macule qui est loin d'être précise. Cependant nous lui donnerons le nom de Pinto bleu, couleur s'adaptant le mieux à la majorité des cas.

Lieux d'élection. — Le Pinto bleu peut se présenter dans n'importe quel endroit du corps, mais avec prédominance pour la face, le dos, les avant-bras, les mains, les pieds.

Dimensions. — La dimension des taches est très variable : depuis la grandeur d'un point ou d'une lentille jusqu'à atteindre des surfaces relativement considérables.

Les *bords* des taches sont en général diffus, mais parfois bien limités : circulaires ou polycycliques.

La *forme* est aussi très variable. Quand la macule est de dimension moyenne et à contours diffus, on se croirait en présence d'une ecchymose récente en voie de résorption. D'autres fois, elles figurent des plans, des lignes entrelacées qui ressemblent à des filets de pêcheurs, à des arborisations veineuses.

La *desquamation* sur le Pinto bleu s'observe assez fréquemment. Elle est plus accentuée sur les taches situées au niveau des surfaces découvertes, plus discrète sur celles protégées par les vêtements. Les squames sont menues, fines, blanches et brillantes, dissimulant parfois la couleur véritable de la tache sous-jacente.

Association. — Le Pinto bleu se présente rarement à l'état isolé. En règle générale, on le trouve accompagnant le Pinto blanc chez le même malade.

2°. — FORME ROUGE

Quelque peu différente de la forme antérieure, elle se caractérise par l'exagération de l'élément érythémateux de la période d'invasion, qui, pour se trans-

former de son stade primitif de lésion transitoire ou de passage, en lésion définitive, va en accentuant sa coloration.

Le Pinto rouge est celui qui, en dehors du Pinto blanc et diffus, peut présenter des lésions d'une plus grande étendue. C'est ainsi qu'une seule tache peut envahir tout le dos ou toute la peau de la paroi abdominale.

Sa *couleur* n'est pas uniforme. Sur la même tache peuvent alterner des parties rose pâle et rouge sombre, ce qui donne à l'ensemble un aspect « jaspado » marbré.

La *localisation* des plaques rouges n'est pas élective. On les observe avec plus de fréquence à la face, au tronc et sur les jambes. La couleur rouge s'accroît sur les macules qui siègent à la figure, présentant parfois l'aspect du faciès alcoolique : nez, pommettes et front rouges avec de fines arborisations. Leurs *dimensions* sont très variables. Les *bords* sont polycycliques et souvent un peu saillants par rapport à la peau saine. Leur surface est lisse et tapissée par de petites squames peu proéminentes. La desquamation et le prurit se voient plus souvent dans cette forme de Pinto, que dans toutes les autres. Cela explique le grattage et l'ensemencement possible des squames contagieuses sur des régions de peau apparemment saine. Ces plaques sont très sensibles aux rayons solaires et présentent des époques d'irritation au cours desquelles l'exfoliation épidermique s'exagère en même temps que le prurit. Cette recrudescence pru-

rigineuse entraîne l'inévitable grattage qui occasionne à son tour l'accentuation de la coloration de la plaque avec pointillé hémorragique. Chez certains malades, les plaques rouges présentent un aspect analogue au coup de soleil. Il est à noter que la desquamation et le prurit sont très diminués sur les taches qui siègent dans les parties couvertes du corps. La couleur, généralement, ne disparaît pas par la pression.

Association. — On voit fréquemment le Pinto rouge associé à d'autres formes sur le même malade. On observe souvent la coexistence des taches bleues, rouges et noires. L'aspect de ces sujets est véritablement grotesque. On les compare à des clowns de cirque.

3°. — FORME NOIRE

Le Pinto noir présente lui aussi, de grandes variations de teintes. De coloration grise très claire à leur début, elles deviennent noir foncé par la suite. Parfois, elles sont à peine distinctes de la coloration normale des gens de couleur noire.

Leur siège le plus habituel est, les mains, les pieds, les avant-bras, la figure. Ces taches sont d'une forme à peu près circulaire. Leurs bords sans être très réguliers ne sont ni dentelés, ni déchiquetés.

Leurs dimensions sont très variables; depuis un centimètre de diamètre jusqu'à vingt ou plus. Elles ne s'effacent pas sous la pression des doigts.

Le Pinto noir se développe lentement. Souvent aussi, il s'arrête dans son évolution. Quelquefois une tache s'étend rapidement jusqu'à envahir tout le nez, une joue, une oreille. Dans d'autres cas, on remarque sur une région ou une grande étendue de peau, un nombre de taches plus ou moins petites qui donne au malade un aspect moucheté, tigré. Cette forme est celle qui communique aux individus affectés l'aspect le plus désagréable.

Association. — Le Pinto noir peut coexister avec des taches achromiques, lesquelles sont alors les plus importantes; les petites taches noires lentigiformes survenant dans ce cas se trouvent situées à la périphérie de ces dernières. Cette forme n'est presque jamais le siège de desquamation ou de prurit. C'est la forme la plus rare du Mal del Pinto.

VARIÉTÉ BLANCHE OU ACHROMIQUE

Le Pinto blanc ou achromique peut avoir deux origines. Il peut être primitif dans son apparition ou secondaire à la variété hyperchromique. Il nous semble que la première forme de ce Pinto blanc soit ce que divers auteurs mexicains et pérouviens désignent sous les noms de forme blanche, lisse et non desquamative (Saucedo y Andrade); de forme blanche, lisse et profonde (Arjona); ou encore grande kcara blanca (Escomel).

Cette forme primitive et blanche du Pinto pourrait à notre avis être rapprochée du Piès des Sartes, maladie endémique au Turkestan décrite par le professeur G. Münch dans son ouvrage : « *La lèpre au Sud de la Russie et le vitiligo endémique du Turkestan* » et qu'il décrit sous le nom de vitiligo endémique.

1°. — FORME BLANCHE PRIMITIVE

Cette forme du Pinto blanc, qu'on pourrait encore appeler Pinto blanc diffus pour sa tendance à envahir de grandes surfaces du revêtement cutané. Son apparition se fait d'emblée, sans prodromes, par de petites taches leucodermiques. Ces macules sont d'une blancheur nacrée, vitiligineuse. Toute l'altération réside dans l'achromie sans aucune autre modification de la région affectée.

Localisation. — Elles peuvent apparaître n'importe où, mais présentent cependant une prédilection spéciale pour les extrémités : face dorsale des mains, figure, régions malléolaires, dos de pieds.

Dimensions. — Leur grandeur est des plus variable. Au début, des dimensions d'une lentille, et plus tard, au cours de leur évolution, elles arrivent à former de larges et vastes placards irréguliers. En effet, c'est ici que nous rencontrons la propriété d'invasion en surface du Mal del Pinto, la plus marquée.

La *forme* des taches est au début arrondie ou ova-

laire. Mais à mesure qu'elles grandissent, elles deviennent irrégulières. La transition entre la peau saine et la peau malade se fait brusquement. La peau saine qui entoure les taches ne présente aucune modification de couleur. Par ailleurs, il n'existe pas de zones d'hyper-pigmentation; il n'y a pas de mélanodermie à la périphérie des taches.

La desquamation dans le pinto blanc primitif est des plus rare ainsi que le prurit. Les poils follets situés dans l'aire des taches deviennent blancs, se raréfient et tombent. Les cheveux gardent souvent leur coloration normale et c'est ainsi que l'on voit des Indiens et des métis avec une peau très blanche, d'une blancheur artificielle, et avec des cheveux complètement noirs. Par contre, dans d'autres cas, les cheveux siégeant sur une tache, deviennent blancs eux aussi. La peau du Pinto blanc ne dégage aucune odeur particulière.

Quand le malade expose au soleil ses taches leucodermiques pendant un certain temps, la peau se congestionne à leur niveau, devient rouge et sensible, étant le siège d'un prurit plus ou moins intense. C'est alors que par la pression des doigts, on arrive à effacer la rougeur; et en même temps, les traits faits avec les ongles au cours du grattage, restent marqués (dermographisme).

La peau, au niveau des taches est lisse, unie, sans desquamation, ni excoriation.

Evolution. — Nous avons déjà dit que la tendance du pinto blanc primitif à envahir de grandes surfaces

cutanées lui est particulière. Cette invasion est parfois si vaste que le malade change de peau, et prend un nouvel aspect racial. Les cheveux accompagnent souvent cette décoloration. D'autres fois, il se réduit à une tache unique, solitaire, qui peut rester cachée par le vêtement ou siéger sur une région découverte. Au niveau de la face, on a observé l'invasion des lèvres par une bande leucodermique faisant le tour de la cavité buccale. Parfois, il en est ainsi pour les deux yeux. C'est dans cette forme du Pinto blanc que l'on peut constater souvent une distribution symétrique bilatérale plus ou moins parfaite des taches.

Cette forme du mal est très rebelle au traitement. La guérison ne s'obtient que très rarement, et pour cela, il faut traiter le malade alors qu'il ne présente que quelques taches localisées. Dans ce cas, le processus regressif suit une évolution inverse : parfois, au milieu de la tache leucodermique apparaissent quelques points de coloration normale disséminés dans un désordre apparent. Dans d'autres cas, la plaque blanche en s'amincissant en quelques points se divise en deux, puis apparaît une troisième scission et ainsi de suite jusqu'à réduire celle-ci en un nombre considérable de petits îlots, qui vont en diminuant de grandeur finissant par disparaître. Parfois, une seule tache de couleur naturelle fait irruption au milieu d'une plaque blanche, puis gagne la périphérie peu à peu. Quelquefois, la région réintégrée garde l'aspect d'une cicatrice noirâtre. Dans d'autres occasions, le pigment réapparaît d'une façon si parfaite que l'on ne retrouve plus l'endroit de l'ancienne tache.

Association. — Le Pinto blanc et diffus ne coexiste pas avec les autres formes de Pinto hyperchromique.

2°. — FORME BLANCHE SECONDAIRE

La leucodermie est ici très variable dans son intensité : depuis une très légère hypochromie à peine perceptible, jusqu'à l'achromie absolue, vitiligineuse. Souvent, la décoloration n'est pas uniforme au niveau de la même tache.

Localisation. — Cette forme se localise généralement au niveau des régions exposées aux agents extérieurs, ainsi que pour les surfaces d'extension comme les coudes, les poignets et genoux. Après viennent les surfaces qui sont sous l'influence de frottements répétés : la ceinture, le tiers inférieur de la cuisse au niveau de la jarretière chez la femme, la face dorsale du pied, là où passent les courroies du Huarache (espèce de sandale en cuir qui tient lieu de souliers chez les Indiens). Ces taches sont de petites dimensions, de formes variées ovalaires ou circulaires, à contours circinés. Elles sont susceptibles à l'influence des rayons solaires qui les congestionnent légèrement et leur communiquent une couleur rosée. Leurs surfaces desquament parfois abondamment. Quand elle succède à la forme noire ou brune, le malade croit avoir la peau sale. Quelques-uns, au début de leur affection se lavent et frottent les régions obscurcies de leur peau croyant enlever la saleté qui les recouvre.

Quand elles sont consécutives aux taches de couleur bleue, la décoloration débute au centre de la tache et sur la partie la plus saillante de celle-ci; ensuite elle continue à s'étendre par sa périphérie, en tache d'huile jusqu'à l'englober en entier. Souvent même l'aire de la tache primitive à laquelle elle succède est dépassée. Le prurit est très rare.

Association. — Son association aux formes hyperchromiques est très fréquente. La formule suivante s'observe souvent : Pinto blanc squameux aux extrémités, associé au Pinto de couleur à la face et au tronc.

Evolution. — L'invasion en surface est plus modérée que dans la forme précédente. Les lésions restent localisées aux membres et plus particulièrement aux pieds, mains et coudes. En résumé : localisation exclusive au niveau des extrémités des membres, association fréquente au Pinto de couleur, invasion discrète, décoloration inégale au niveau de la même tache.

EXAMEN DE LA PEAU EN GENERAL ET DES PHANERES

La peau, chez les malades atteints du Mal del Pinto est sèche et hypotrophique. Les cheveux gardent souvent leur coloration normale. Les poils follets, au niveau des taches blanches sont en général décolorés et tombent. Les ongles sont altérés dans de rares occa-

sions. On trouve parfois un dermographisme intense au niveau des taches rouges lorsque celles-ci sont très étendues.

On a parfois observé une hypersecrétion sudorale très intense et localisée à la figure, quand il se trouve à ce niveau des taches plombées, laquelle disparaît sous l'action du traitement.

EXAMEN DES AUTRES APPAREILS ET ORGANES

L'examen clinique général chez les Pintos, à quelque variété qu'ils appartiennent donne, en règle générale, un résultat absolument négatif. Le cœur, le foie, la rate, les reins sont normaux. Le système nerveux, sensitif et moteur est normal. Ces malades ne se plaignent d'aucun trouble grave. Cependant, un bon nombre d'observateurs ont rencontré les ganglions inguinaux et épitrochléens légèrement augmentés de volume (micropolyadénopathie). L'aorte et le cœur seraient souvent le siège d'une légère dilatation (Thonard-Neumann-Moya et Brewster).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La peau est le siège d'une atrophie plus ou moins marquée qui s'accroît surtout au niveau des taches blanches, mais existant aussi à un degré plus ou moins grand au niveau des taches hyperchromiques. G. Her-

rejon a montré en outre que la peau du malade n'est pas seulement atrophiée au niveau des taches, mais encore sur une grande étendue autour de celles-ci et sur sa superficie totale. Ce fait a été démontré par des biopsies pratiquées sur des régions cutanées saines en apparence, et très loin des taches. On y trouve plus ou moins accentuées les mêmes modifications que dans ces dernières. Ces lésions sont d'abord une atrophie de l'épiderme dont les couches cellulaires sont réduites. Les stratum corneum est notamment très aminci et formé de lamelles désagrégées. Le stratum lucidum et le stratum granulosum sont moins visibles; la couche de Malpighi peut même passer directement à la couche cornée. Le derme n'échappe pas à l'atrophie. Les papilles peuvent s'effacer en grande partie surtout au niveau des taches blanches anciennes. Elles deviennent irrégulières avec des portions où la basale suit un trajet à peu près rectiligne.

Les changements de coloration que l'on observe au niveau des taches bleues, noires et blanches sont dus exclusivement aux variations du pigment mélanique normal de la peau.

Sur les taches noires, il y a une augmentation de mélanine dans la couche basale de l'épiderme. Sur les taches bleues, en plus de la mélanose épidermique, on trouve de la mélanine dans l'épaisseur même du derme. Les taches rouges renferment très peu de pigment, mais elles sont le siège d'une congestion intense. Autour des vaisseaux et des capillaires on constate une infiltration plasmocytaire et lymphocytaire plus ou

moins marquée. Dans le derme, on rencontre un grand nombre de capillaires et de vaisseaux gorgés d'hématies. Ces troubles circulatoires expliquent le pourquoi de leur effacement à la pression et aussi pourquoi elles sont fréquemment le siège de dermatographisme. Sur les taches blanches, il y a une diminution ou absence complète de mélanine. A leur niveau, on constate une forte atrophie de l'épiderme qui peut être réduit à cinq couches de cellules. La couche cornée est très mince et les papilles sont peu marquées. Il y a très peu de glandes sudorales et sébacées et surabondance des fibres collagènes. Toutes ces modifications dans la répartition de la mélanine, ajoutées aux modifications dans l'épaisseur et constitution même des couches intermédiaires expliquent à elles seules les différentes colorations cliniques (J. de Léon, Toussaint, S. Gonzalez Herrejon et Pallares, Ochoterená).

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif. — Les éléments du diagnostic positif sont fournis par la coexistence de taches de divers coloris sur le même malade, et, parfois sur la tache elle-même. Sur leur localisation caractéristique au niveau des extrémités des membres et saillies osseuses des régions découvertes. Sur leur caractère évolutif lent et insidieux. La conservation parfaite de l'état général. L'absence de l'effacement des taches à

la pression. Le lieu d'origine du malade, et enfin, la notion d'une réaction de B. W. fortement positive.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel d'avec le pityriasis versicolor sera fait par le signe du copeau et l'examen microscopique qui montrera l'agent causal. Nous procéderons au même examen microscopique pour le diagnostic avec les tinea flava et tinea nigra. De même pour les trichophyties en général, y compris le favus, dont les lésions sont généralement circonscrites, atteignant les poils et les ongles; et la présence de filaments mycéliens caractéristiques dans les lésions.

Avec le vitiligo : nous savons que celui-ci s'observe de préférence aux plis de flexion, organes génitaux et cuir chevelu, avec décoloration des cheveux. Dans le vitiligo, nous trouvons en outre, une zone d'hyperpigmentation autour de la tache, laquelle n'est jamais le siège de desquamation. Enfin, l'absence dans le vitiligo d'une réaction de B. W. positive, sauf bien entendu dans les cas d'association ou coexistence de syphilis.

La sclérodermie en plaques est constituée par des plaques modifiées dans leur épaisseur et consistance; la sensibilité est diminuée, elles sont surtout le plus souvent entourées du « lilac ring » caractéristique.

Les taches blanches de la leucomélanodermie ne sont blanches que par contraste avec le réseau pigmenté les entourant. Elles siègent sur le cou et s'accompagnent d'autres manifestations de la syphilis. La

lèpre peut quelquefois être difficilement différenciée mais il existe au niveau des taches suspectes des troubles de la sensibilité caractéristiques. Il en est de même pour d'autres mélanodermies : tuberculose, chlorose, arsenicisme, maladie d'Addison, diabète bronzé qui s'en distinguent par les signes généraux ou autres qui les accompagnent.

Enfin les dyschromies congénitales qui sont de l'ordre des Nœvi pigmentaires existent dès la naissance et peuvent changer de teinte avec l'âge, mais non de configuration.

PRONOSTIC

Le Mal del Pinto ne touchant pas à l'état général du sujet qui en est atteint, le pronostic quod vitam est excellent. Le pronostic local est malheureusement moins bon, car le Pinto ne guérit le plus souvent que lorsqu'il est traité à son début. Dans la forme du Pinto blanc et diffus qui est le plus tenace, la guérison ne se voit presque jamais. C'est ainsi que, lorsqu'on voit une macule blanche siégeant au niveau des parties découvertes et surtout à la face, elle se détache souvent avec netteté du reste de la peau de couleur normale et donne à celui qui le porte, un aspect grotesque désagréable et pénible. Le psychisme de ces malades s'en ressent; ils deviennent tristes, mélancoliques et fuient la société.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Causes prédisposantes. — Le Mal del Pinto règne à l'état endémique dans les régions chaudes et humides de l'Amérique Inter-tropicale, à une hauteur variant de 0 à 1.000 mètres au-dessus du niveau de la mer et à la température ambiante de 20 à 30° centigrades. Les foyers endémiques suivent le cours des rivières avec une remarquable exactitude : c'est un fait signalé par tous les auteurs s'occupant du Mal del Pinto au Mexique ou du Carate en Colombie.

La race, le sexe ou l'âge n'ont aucune relation spéciale avec l'apparition de la maladie. Cependant, le nombre de sujets atteints est tellement élevé parmi les Indiens et les métis qu'il est impossible de ne pas remarquer le fait. C'est pour cela que nous sommes portés à croire que les conditions de propreté corporelle, ainsi que le peu de confort des maisons basses et à même la terre de la plupart des Indiens, doivent jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie.

Si ni la race et ni le sexe n'interviennent dans son apparition, par contre, la profession joue un rôle plus grand à cet égard. En effet, la maladie atteint les sujets que le métier oblige à travailler au-dehors et à s'exposer aux rigueurs du climat tropical. Donc le plus grand nombre de malades se trouve parmi les paysans, pêcheurs, travailleurs des plantations, mineurs, laveurs d'or, etc...

Enfin, nous voulons aussi incriminer l'alimentation carencée de ces êtres qui se nourrissent presque exclusivement de maïs. Ils se trouvent ainsi placés dans de mauvaises conditions biologiques pour la défense de leur organisme contre les infections.

Causes déterminantes. — La cause essentielle du Mal del Pinto est inconnue jusqu'à nos jours. Deux théories sont actuellement en présence : l'une, la théorie mycosique est la plus ancienne ; l'autre, la plus moderne, qui se refuse à traiter la maladie comme une affection d'origine locale, mais générale, est la théorie spirochétosique. Nous allons les passer en revue en commençant par la première en date, c'est-à-dire la théorie mycosique.

1. — THÉORIE MYCOSIQUE

Les premières recherches mycologiques ont été effectuées au Mexique par MM. Iris et Ruiz y Sandoval (1879). Ces auteurs ont été les premiers à observer des filaments mycéliens dans les taches du Mal del Pinto ; toutefois ils considéraient la maladie comme une trophonévrose cutanée. En 1896, Montoya y Flores fait deux communications à l'Académie de Médecine de Medellin (Colombie) sur le Carate, affirmant sa nature mycosique. Plus tard, en 1898, le même auteur poursuit ses recherches à Paris, et dans sa thèse présentée à la Faculté de Médecine il apporte un grand nombre d'observations en faveur de cette hypo-

thèse. A la suite de ces travaux, la nature mycosique de cette affection ne fait plus de doute.

Montoya y Flores pratique quelques essais d'inoculation aux animaux (lapin) avec des cultures sans grand résultat. Cependant, le nombre de champignons observés depuis au niveau des taches de Carate est vraiment impressionnant. Ils appartiennent au genre *Aspergillum*, *Pencillium*, *Microsporum*, *Alternaria*, *Monilia*; aux espèces *Trichophyton pictor*, *Trichophyton carateum*, *Aspergillus pictor*, *Microsporum*. Montoya y Flores dit avoir trouvé dans les squames des « caratejos » vingt champignons différents.

Plus récemment, H. Fox, au cours d'une enquête qu'il effectua en Colombie (1928) à Santa-Marta, sur la côte Nord, nous donne les renseignements suivants. Il pratiqua, dans vingt-cinq cas de carate bleu, l'examen des squames et ne trouva qu'une seule fois un champignon, sous forme de filaments cloisonnés. Des cultures furent faites pour seize individus atteints du carate bleu : soixante-dix tubesensemencés. Des levures se sont développées dans quatre cas. Dans douze autres cas, il a vu surtout se développer des *Aspergillus*; puis, par ordre de fréquence, *trichophyton*, *macrosporum*, *pencillium*, *stemphylium*, *monosporum* et *madurella*.

Il s'est aussi développé des bactéries banales. Et il conclut qu'il est impossible de faire jouer un rôle étiologique à ces saprophytes banaux.

Menk, en 1926 et Brewter, en 1929, sont arrivés à des résultats identiques.

Au Pérou, Escomel a observé un grand nombre de malades atteints de kcara, nom donné à cette affection que nous croyons identique au Mal del Pinto, de par ses caractères cliniques, son évolution et ses conditions d'apparition; et voici ce qu'il nous dit :

« Après vingt-cinq ans d'observations minutieuses, nous sommes arrivés à la conviction absolue que la kcara mycosique monochrome ou dyschrome des vallées existe, qu'elle est produite par un parasite inoculable par la peau et réinoculable par le raclage.

(Ici, il rapporte le cas d'une famille saine ayant engagé un domestique atteint de kcara, et dont tous les membres arrivèrent, au cours des années, à contracter ladite maladie).

« Les plaques étaient polychromes sur le même individu, quelques-unes étaient noirâtres, d'autres bleuâtres, d'autres rouges, d'autres jaunes, avec des tonalités variables et des teintes dégradées sans brusque solution de continuité.

« En examinant les plaques, nous avons trouvé un mycélium ressemblant un peu à ceux de la Pinta des vallées de la Côte, avec des conidies.

« Il convient de remarquer la multiplicité des maladies mycosiques qui se développent dans l'intérieur de la forêt humide et chaude du cœur de l'Amérique Méridionale, soit sous forme épidermique, soit dermique, ou même dans les organes nobles du corps humain.

« Soit qu'il s'agisse d'un seul champignon à évo-

« lution polychromique, par étapes successives, ou de
« plusieurs variétés de champignons ce qui est cer-
« tain, c'est que l'existence de la Pinta ou Carate avec
« des taches polychromiques, mycosiques est déjà un
« fait indiscutable. » (1931).

En 1929, à Iguala, Etat de Guerrero, M. Ochoterena
isola de la peau d'un homme atteint de Pinto negro,
un acrothécium nigrum présentant de grandes analo-
gies avec *Montoyella nigra* du Carate de Colombie. Il
donna au laboratoire une culture très noire sur mal-
tose et production d'un pigment noir, partiellement
diffus dans la gélose.

Enfin, plus récemment, en décembre 1934, il a été
signalé un cas de Pinto à Ceylan, dont voici l'obser-
vation :

« S. R..., fille Malais, âgée de 11 ans, habitant Co-
« lombo, entra au « Lady Ridgervay Hospital », le
« 10 août 1931, pour se faire traiter d'un ulcère de la
« tête, et de placards décolorés de la figure. Son père
« nous a dit qu'elle n'a jamais quitté Colombo. La
« maladie commença par un petit placard noir à la
« partie droite de la figure, il y a quatre ans, pla-
« card qui devint plus large et plus foncé en couleur
« progressivement. Vers le sixième mois, le centre
« devint rougeâtre, et six mois après il devint blan-
« châtre. Plus tard, un placard similaire apparut
« dans l'autre joue et évolua pareillement. D'autres
« placards apparurent derrière l'oreille. Les contours
« étaient réguliers, ovales, bien dessinés. Ils sont ru-

« gueux au toucher. La superficie est irrégulière et
« par endroits montre des dépressions. La peau est
« sèche aux endroits non malades. La pression au
« doigt ne change pas la couleur du placard. Il y
« avait du prurit nocturne intense. Le sang montra
« 33 % de lymphocytes et 21 % d'éosinophiles.
« L'augmentation d'éosinophiles étant due à une in-
« fection intestinale concomittante (vers intestinaux).
« L'urine était normale. L'examen des selles montra
« des œufs de tœnia. L'état général était normal.

« Culture : on râcla le placard et les écailles enle-
« vées furent examinées au microscope dans une li-
« queur de potasse à 10 %. Au microscope, on a vu
« du mycélium. On traita les écailles pendant deux
« ou trois minutes avec de l'alcool pour empêcher la
« croissance des bactéries, puis on fit des ensemen-
« cements sur milieu de Sabouraud au maltose et
« agar. Les cultures furent mises à la température de
« la chambre. Dans la première culture, on trouva des
« staphylococcus aureus. C'étaient des colonies nei-
« geuses qui devinrent vert bleuâtre. A l'examen mi-
« crosopique on trouva que c'était de l'aspergillus.
« On fit deux essais d'inoculation de cette culture à
« l'homme, sans avoir eu aucun résultat positif.

« Le diagnostic fut donné par :

« 1° la présence de placards chromogènes,

« 2° l'absence de perte de la sensibilité,

« 3° la présence de l'aspergillus infectant,

« (cas étudié par S. A. Fernando). »

Toutefois, nous constatons que le grand nombre de champignons signalés comme étant la cause de cette affection ne correspond pas à des faits cliniques constants. Toutes les espèces isolées jusqu'à maintenant par les divers observateurs sont des espèces saprophytiques banales dont le véritable rôle étiologique n'est pas encore démontré.

Le fait d'avoir trouvé un champignon vivant et se reproduisant dans un tissu malade ne peut être une preuve évidente de ce que ce champignon soit la cause de la maladie. Parmi le nombre considérable d'espèces qu'on a isolées des malades atteints de Carate ou Mal del Pinto, il n'a pas été possible de signaler le vrai ou les vrais responsables de l'affection. Les inoculations avec du Pinto, faites aux animaux de laboratoires et même à l'homme sont restées négatives, et celles pratiquées avec des cultures d'espèces provenant des Carates ne permettent pas de conclure d'une façon certaine.

Actuellement, surtout après les travaux effectués au Mexique par Gonzalez Herrejon, Fernando Latapai, Moralès Maruri et d'autres, la théorie mycosique est fortement ébranlée.

2. — THÉORIE SPIROCHÉTOSIQUE

C'est ainsi que la plupart des auteurs modernes sont d'accord pour considérer le Mal del Pinto comme une maladie générale dont les lésions cutanées ne seraient qu'un symptôme apparent, une réaction de la peau, analogue à celles qu'on observe dans la pellagre.

Gonzalez Herrejon ayant observé un grand nombre de malades atteints du Mal del Pinto, a constaté une symétrie bilatérale plus ou moins parfaite des taches, et leur distribution variant toujours avec les malades.

Il y a non seulement de la symétrie, des taches sur la peau, mais encore on peut observer le même degré dans l'évolution de taches placées d'un côté et de celles du côté opposé. Il y a dans quelques cas des plaques symétriques sur la muqueuse de la bouche. Chez tous ces malades, Gonzalez a constaté un déséquilibre du système neuro-végétatif. L'atrophie de l'épiderme, les modifications de la vascularisation, et dans le nombre des glandes sudoripares et sébacées a été constatée, non seulement au niveau des taches, mais aussi dans quelques régions apparemment normales de la peau des malades.

Il y a fréquemment de la micropolyadénite, de l'éosinophilie et le B. W. dans le sang est presque toujours positif. Enfin, la maladie disparaît sous l'action d'un traitement général (mercure, arsenic, bismuth), sans l'emploi d'aucun topique.

Gonzalez résume ainsi son travail : « Si par tous
« les caractères mentionnés, on peut affirmer que le
« Mal del Pinto est une infection générale, si l'on
« trouve toujours le B. W. positif et si la maladie
« guérit sous l'action du mercure et des arsénicaux,
« nous nous croyons autorisés à rejeter l'idée d'une
« épidermomycose, et à penser plutôt à une spiro-
« chétose. »

Un an auparavant (1926), W. Menk eut l'idée de

pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann chez les « caratejos » de l'hôpital de Santa-Marta (Colombie), et obtint des résultats positifs dans la proportion de 74,5 % des cas. Il a en même temps constaté de l'hypertrophie ganglionnaire chez tous les malades. Ces résultats ont été confirmés par J. C. Register en 1927 dans la même localité de Santa-Marta sur une série de 207 malades.

Peu après, Thouard-Neumann, Moya et Brewster (1930), arrivent à la même conclusion. Pour eux, une maladie qui produit 90 % de séro-réactions positives (B. W. et similaires) et qui, en plus, s'accompagne d'une aussi remarquable insidience des lésions cardiovasculaires, qui semble conférer à un grand nombre de malades une véritable immunité contre l'infection syphilitique primaire, chez laquelle le traitement spécifique donne de si bons résultats, doit être très voisine des maladies à tréponèmes. La symétrie bilatérale très marquée des troubles pigmentaires semble indiquer un agent dont l'action s'exerce par la voie du système nerveux végétatif. Le début très précoce de la maladie porte aussi ces auteurs à penser à une origine congénitale fréquente.

A l'Institut prophylactique de Medellin, Colombie, G. Uribe Escobar et J. Pelaez ont invariablement trouvé, chez les « Caratejos » sans antécédents ni accidents syphilitiques de très fortes réactions positives, soit par la méthode de B. W. (88 %), soit par la méthode de Kahn (92 %) et de fortes densités obliques avec l'échelle de Vernes (90 %). Ces résultats ont été

confirmés par A. Restrop et ses collaborateurs avec toute une série d'antigènes, à Medellin même.

Latapai et Maruri, au cours de leur enquête dans les foyers endémique du Mal del Pinto dans les Etats de Chiapas et Guerrero (Mexique) sont arrivés au même résultat, avec 96 % de séro-réactions positives. Les caractéristiques de ces réactions sont les suivantes :

Elles sont plus constantes que dans la syphilis : 99 %.

• Elles sont fortement positives.

Et enfin, très difficilement négativées par le traitement, ce qui ne s'obtient en général que deux ou trois ans après la guérison clinique.

Pour ces auteurs, les taches cutanées du Mal del Pinto ne seraient que la manifestation clinique d'un dérèglement pathologique du système endocrino-sympathique en relation avec la pigmentogénèse.

Inhibitions ou excitations anormales sur le centre générateur encore inconnu du pro-pigment, sur les surrénales, et sur la peau, ayant comme résultat l'accélération ou le retard de la fonction pigmentogène. Le Mal del Pinto serait un syndrome endocrino-sympathique cutané.

Voici enfin les résultats obtenus par Escomel au Pérou à l'aide du traitement spécifique : Intérieurement nous donnons l'arsenic sous les formes les plus appropriées à chaque malade, sans excepter les arsénobenzols, le soufre, l'extrait surrénal total, l'adréna-

line, les extraits pluriglandulaires.. Les injections endoveineuses d'arsénobenzols suffisamment répétées, m'ont donné des résultats assez encourageants dans la grande kcara blanca.

MODE DE CONTAGE

La maladie n'étant pas héréditaire, et le contage direct de l'homme à l'homme n'ayant pas été, jusqu'à maintenant démontré, il est nécessaire d'incriminer un agent quelconque dans la transmission de l'affection. Quelques observateurs (R. y Sandoval, Montoya y Flores, Chassin), ont pensé à l'eau comme étant l'agent de transmission, et particulièrement les eaux chargées de sels de sodium. Cela explique dans une certaine mesure le pourquoi de la situation des foyers endémiques au bord des rivières et chez les populations minières où les travailleurs doivent se mettre dans l'eau les pieds nus. A Iquirà (Huila, Colombie), on dit que celui qui se baigne dans la rivière devient carateux. Au Mexique, depuis très longtemps, la croyance populaire attribue la transmission du Mal del Pinto, à la piqûre du moustique « jejen » (*simulium*), et ils disent avoir constaté plusieurs fois l'apparition de la maladie au niveau même de la piqûre de cet insecte. Nous savons qu'en Colombie, la croyance de la transmission par les *Simulies* et autres insectes est très répandue. Mais, en fait nous ne savons rien de certain à ce sujet.

Les essais de transmission expérimentale chez l'homme et les animaux de la laboratoire n'ont rien donné de probant.

TRAITEMENT

Etant donné la grande efficacité du traitement par les arsénobenzols, qui, tout comme dans la syphilis, se montrent supérieurs au bismuth et au mercure, nous aurons le plus souvent recours à eux. Depuis une époque très lointaine et avant même l'apparition de la théorie mycosique, les gens du peuple, au Mexique, connaissaient l'efficacité du mercure sur cette maladie (polvos Juanes). M. Chassin, ayant observé ces faits, traita un bon nombre de malades à l'aide de ce médicament par des applications locales sur les taches, et à l'intérieur. Il dit avoir obtenu de bons résultats.

De quelle façon agit le traitement spécifique? Directement contre les microorganismes infectants, contre ses toxines, ou bien en relevant la capacité de l'organisme tout entier dans sa lutte contre l'infection? Nous penchons pour la dernière hypothèse, car, de l'avis même de tous les observateurs, les réactions sérologiques sont extrêmement difficiles à négativer sinon impossible. Les microbes ou leurs toxines resteraient donc indéfiniment en circulation, le sujet étant cliniquement guéri depuis longtemps.

L'action serait alors indirecte; et quoi qu'il en soit, nous traiterons ces malades comme il a été dit. En

même temps, nous ordonnerons une alimentation variée et riche en vitamines.

Localement, si on le croit nécessaire, on associera au traitement général les attouchements au niveau des taches à l'aide de la teinture iodo-phéniquée :

Teinture d'iode à 10 %	50 gr.
Acide phénique cristallisé	5 gr.

m. s. a.

ou :

Teinture d'iodé	5 gr.
Alcool à 90°	à 20 gr.
Ether	

(Inflammable)

ou encore frictionner avec :

Teinture diode	4 gr.
Onguent mercuriel double	10 gr.

Lorsque les cautérisations ont produit un effet assez fort, on appliquera localement une pommade à base d'Inothyol, ou alors :

Oxyde blanc de bismuth	10 gr.
Vaseline blanche	20 gr.
Lanoline	10 gr.

m. s. a.

Après la guérison de l'irritation, on recommencera les attouchements.

CONCLUSIONS

1° Le Mal del Pinto est une affection que l'on avait cru tout d'abord distincte des autres dyschromies de la peau observées dans l'Amérique Centrale et du Sud (Caratès, en particulier), et pour lesquelles on est d'accord actuellement à les englober en une seule et même maladie.

2° Affection endémique et propre à certains états de l'Amérique Intertropicale. Ne se développant que dans des régions bien circonscrites, à condition atmosphérique et géographique spéciales. En dehors de ces foyers, on ne signale que quelques cas sporadiques.

3° Sa pathogénie et son mode de transmission ne sont pas encore tout à fait élucidés. Deux hypothèses sont en présence : la théorie spirochétosique, plus moderne et plus satisfaisante pour l'esprit, à notre avis, ne possède pas encore assez d'éléments probants permettant l'abandon complet de l'ancienne théorie mycosique.

4° Etant donné enfin que cette endémie se développe précisément là où les conditions hygiéniques sont très rudimentaires et où les rigueurs du climat tropical se

font sentir dans toute sa force, nous croyons de notre devoir d'insister en vue d'intensifier la lutte, qui, au Mexique, s'entreprend en faveur de l'amélioration matérielle et des meilleures conditions de vie des populations laborieuses de ces contrées.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

QUELQUES CAS OBSERVES

par M. SAUCEDO y ANDRADE

dans l'Etat de Nayarit, Mexique (1930)

I

A. S..., de sexe masculin, marié, de nationalité mexicaine, de race métisse, journalier, originaire de Tetitlan, 40 ans. Il y a vingt ans qu'il habite, d'une façon permanente, à cet endroit et douze ans qu'il est contagionné. Tout son corps est parsemé de taches blanches non symétriques. La peau est normale au niveau des taches au toucher. Il n'y a pas d'hyperchromie périphérique, ni aucune réaction manifeste. Il n'y a pas de prurit, et les muqueuses et le cuir chevelu ne sont pas touchés. La couleur des taches a toujours été blanche, et présente un caractère permanent. Il n'y a pas d'antécédents syphilitiques et personne dans sa famille n'a été atteint.

II

D. T..., homme, célibataire, race métisse, mexicain, charretier, originaire de Tetitlan, 40 ans, malade depuis huit ans, présente des taches blanches de diverses

dimensions, disséminées dans tout le corps, quelques-unes symétriques. Il n'y a pas de prurit, ni aucune réaction anormale. Les taches sont légèrement squameuses. Elles ont toujours été de la même couleur et présentent un caractère permanent. A l'examen général, polymicroadénite, ganglions épitrochléens hypertrophiés. Dans sa famille, seulement son père est atteint de Pinto, les autres, non.

III

C. G..., femme, mariée, race métisse, mexicaine, bonne, originaire de Tetitlan, 47 ans. Il y a deux ans qu'elle est malade. Taches de couleur rosée par tout le corps et de toutes dimensions; quelques-unes sont symétriques. Il n'y a ni prurit, ni hyperchromie périphérique. Muqueuses et cuir chevelu sont respectés. Les taches ont toujours été de la même couleur. Antécédents syphilitiques.

IV

J. Z..., homme, marié, mexicain, race métisse, journalier, originaire de Santa Maria del Oro, 50 ans, malade depuis vingt et un ans, habite Tetitlan. Il présente des taches bleues non symétriques aux jambes et aux pieds. La peau est normale au niveau des taches. Muqueuses et cuir chevelu respectés. Les taches gardent toujours leur couleur initiale. Il n'y a pas d'anté-

cédents syphilitiques. Dans sa famille tout le monde est « jiricuento », sauf son père qui guérit un an après avoir été malade et n'ayant plus été contagionné.

V

P. V..., femme, mariée, mexicaine, métisse, originaire de Tetitlan, âgée de 65 ans. Il y a cinquante ans qu'elle est malade; présente des taches blanches aux membres, des rosées aux paupières, symétriques. La peau est lisse et mate au niveau des lésions. Il n'y a pas de prurit, cuir chevelu et muqueuses normaux. Les taches présentent un caractère permanent et sont de la même couleur. Pas d'antécédents syphilitiques. Aucun membre de sa famille n'est malade.

V

T. S..., marié, Mexicain, race métisse, journalier, originaire de Tetitlan, âgé de 30 ans. Malade depuis deux ans, avec des taches violettes non symétriques aux mains et aux jambes. Peau normale, légèrement squameuse. Muqueuses et cuir chevelu indemnes. Les taches, depuis le début sont de la même couleur, mais deviennent, par période, plus saillantes et à contours nets, et, à d'autres, elles disparaissent presque. Polymicroadénopathie. Douleurs de tête à exagération nocturne. Personne n'est malade dans sa famille et, en ce moment, il est presque guéri.

VII

C. A..., veuf, Mexicain, de race métisse, journalier, 65 ans, habite Tetitlan depuis soixante et un ans. Depuis cinquante ans malade, il présente des taches de couleur rose clair dans tout le corps, quelques-unes à disposition symétrique. Celles situées aux parties latérales des articulations du cou-de-pied sont couvertes de fines squames qui donnent à la tache une couleur nacrée. Muqueuses et cuir chevelu respectés. Pas de prurit. Les lésions de caractère permanent gardent leur couleur initiale. Ganglions épitrochléens hypertrophiés. Il n'y a pas de Pintos dans sa famille.

VIII

J. M..., marié, Mexicain, métis, journalier, originaire de Tetitlan, âgé de 45 ans et contagionné depuis vingt-huit ans. Il a présenté des taches noires par tout le corps. Quelques-unes symétriques, celles des membres squameuses. Muqueuses et cuir chevelu indemnes. Il guérit spontanément à la troisième année de sa maladie et n'a plus été contagionné depuis. Il n'a pas d'antécédents syphilitiques, ni pintos dans sa famille, sauf un de ses fils qui est atteint.

IX

P. C..., marié, Mexicain, métis, journalier, originaire de Tetitlan, âgé de 33 ans et contagionné depuis

vingt ans. Il présente des taches bleues, plombées, non symétriques, sur la figure, mains, jambes et paroi abdominale. Elles sont prurigineuses. Muqueuses et cuir chevelu indemnes. Ces taches sont de caractère permanent. Il n'y a pas d'antécédents syphilitiques. Sa femme n'est pas atteinte mais, par contre, ses parents et frères le sont.

X

M. R..., marié, Mexicain, métis, commerçant, originaire de Jalisco, âgé de 80 ans. Il y a cinquante ans qu'il réside à Tetitlan et vingt qu'il est malade. Cela débuta par une petite tache blanche sur le dos de la main gauche. Pendant deux ans elle resta unique, puis elle se mit à grandir pendant que d'autres sont apparues. En ce moment il est complètement blanc. L'aspect de la peau est normal, sans sécrétions, ni prurit, ni odeurs particulières. Il n'y a pas d'antécédents syphilitiques, sa famille et son épouse sont sains.

BIBLIOGRAPHIE

ARJONA V. RODRIGUEZ. — Contribución al estudio de las enfermedades tropicales de la Péninsula de Yucatán. (Revue Médicale et d'Hygiène trop., Paris, 1924.)

CHASSIN. — Mémoire sur le Pinto. (Rapport à la Commission scientifique du Mexique, Paris, 1866.)

ESCOMEL. — A propos de Kcara Pinta ou Carate dans le Sud du Pérou. (Bull. Soc. Path. exotique, Paris, 1931.)

CIFERRI R. — Sur un acrothécium isolé du Mal del Pinto negro, au Mexique. (Annales de parasito, 1929.)

FERNANDO S. E. — Notes on a case occurring in Ceylan. (The Journal Trop Med. and Hygiene, London, déc. 1934.)

FOX H. — Carate (pinta) as observed in Colombia South America. (Arch. Dermat. et Syph., nov. 1928.)

GONZALES HERREJON S. — Nuevas orientaciones para el estudio del Mal del Pinto. (In Bruxelles Med.) (Hospital général n° 2 et 3, Mexico, 1927.)

GONZALES URUENA. — El Mal del Pinto. (Cronica Méd., Mexico, 1931.)

GOMEZ J. — Thèse de Paris, 1879.

GAMBA CAMACHO J. — El carate del Caquetá y su epidemiología. (Medicina y Cirugía, Bogota, 1934.)

GASTAMBIDE. — Mal del Pinto. (Presse Méd. belge, 1881.)

JEANSELME. — Cours de dermatologie exotique, Paris, 1904.

LANGERON M. — Carate, art. in Nouv. Prat. Dermat., Paris, 1936, tome IV.

LATAPAI F. et MORALES MARURI. — El Mal del Pinto en los Estados de Chiapas y Guerrero. (Med. Mexico, 1931.)

LATAPAI F. — Pinto y Carate. (Medicina, México, 1931.)

MONTOYA Y FLORES. — Thèse de Paris, 1898.

MANSON PATRICK. — Maladies des pays chauds. (Paris, 1904.)

MANRIQUE J. — Carate y lepra, enfermedades de carencia? (Repertorio de Medicina y Cirugia, Bogota, 1932.)

ORVANANOS DOMINGO. — Ensayo de geografía médica. (Mexico, 1889.)

OCHOTERENA. — Estudios histo. y mico. acerca del Mal del Pinto. (Dep. salub. pu., Mexico, 1929.)

Primer Censo del Mal del Pinto en la Rép. Mex., 1929-1931. (Dep. Salub. publ., Mexico, 1934.)

SAUCEDO Y ANDRADE. — El Pinto en el Estado de Nayarit Salubridad. (Mexico, 1930.)

THOUARD, NEUMANN, J. CAMACHO MOYA, BREWSTER.
— Clinical studies of Pinta (Carate) in Colombia.
(Arch. F. Schiffs u. trop. Hyg. report., 1931.)

TABLE DES MATIERES

Définition	7
Distribution géographique	7
Historique	9
Caractères et évolution générale	9
Division. — Variété hyperchronique	13
1° Forme bleue	15
2° Forme rouge	16
3° Forme noire	18
Variété blanche ou achromique	19
1° Forme primitive	20
2° Forme blanche secondaire	23
Examen de la peau en général et des phanères	24
Examen des autres organes	25
Anatomie pathologique	25
Diagnostic	27
Pronostic	29
Etiologie et pathogénie	30
1. Théorie mycosique	31
2. Théorie spirochétosique	36
Mode de contagé	40
Traitement	41
CONCLUSIONS	43
Quelques cas observés par M. Saucedo y Andrade dans l'Etat de Nayarit, Mexique, (1930)	45
BIBLIOGRAPHIE	51

